



**Parlez-nous de votre enfant**  
**FORMULAIRE À REMPLIR ET À RETOURNER À L'ÉCOLE**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Jour / mois / année

Quelles langues sont parlées à la maison?  Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

Votre enfant habite avec  ses deux parents  sa mère  son père  Autre : \_\_\_\_\_

Votre enfant a \_\_\_\_ sœur (s) et \_\_\_\_ frère (s). Son rang dans la famille est \_\_\_\_\_.

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un CPE, une garderie familiale ou une école?  Oui  Non  
Lequel? \_\_\_\_\_ À partir de quel âge? \_\_\_\_\_ Combien de jours par semaine? \_\_\_\_\_

Votre enfant connaît-il déjà des enfants qui fréquenteront la maternelle de l'école l'an prochain?  Oui  Non

Si oui, quels enfants :

- auraient avantage à faire partie du même groupe que votre enfant : \_\_\_\_\_

- ne devraient pas être dans le même groupe que votre enfant : \_\_\_\_\_

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde de l'école?  Oui  Non

Votre enfant présente-t-il un problème de santé (allergie, asthme, incontinence, etc.) ?  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments?  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il eu un accident ou une maladie avec hospitalisation?  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Un membre de votre famille a-t-il eu des difficultés d'apprentissage?  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

VERSO ►



LANGAGE	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Parle à l'adulte.				
Parle à d'autres enfants.				
Écoute la personne qui parle.				
Comprend bien ce qu'on lui dit.				
Prononce correctement les mots.				
Dit des phrases courtes sans omettre des mots.				
S'exprime de façon à être compris par les autres.				
Comprend et s'exprime bien dans une autre langue que le français.				Langue maternelle :
SOCIALISATION	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Quitte facilement ses parents.				
Est confiant(e) et se sent sécurisée dans une situation nouvelle (contrairement à un enfant qui pleure, fait des crises ou s'isole).				
Est calme et poli(e) (ne démontre pas d'agressivité dans ses mots ou gestes).				
Respecte les règles établies.				
Partage ses jeux avec les autres enfants.				
ATTITUDES ET COMPORTEMENTS	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Écoute une histoire en restant calme.				
Est capable d'attendre son tour.				
Joue seul(e) pendant un long moment lorsque vous êtes occupés.				
Répond rapidement à une demande de votre part (venir souper, ranger, prendre son bain, s'habiller...).				
Reste assis(e) pendant les repas.				
MOTRICITÉ	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Bouge avec aisance et souplesse.				
Manipule adéquatement des objets (ciseaux, crayons, colle, etc.).				
Est autonome (s'habiller, se moucher, aller à la toilette, etc.).				
AUDITION ET VISION	OUI	parfois	NON	PRÉCISIONS
Entend bien.				
Voit bien.				
A une bonne vision.				

Votre enfant a-t-il déjà été vu par un optométriste?

Oui  Non Date du dernier examen : \_\_\_\_\_

Par un audiologiste?

Oui  Non Date du dernier examen : \_\_\_\_\_

Par un dentiste?

Oui  Non Date du dernier examen : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà reçu des services d'un spécialiste de la santé?  Oui  Non

Si oui, lequel?  orthophoniste  audiologiste  travailleur social  physiothérapeute  
 ergothérapeute  psychologue  psychoéducateur  autre(s) : \_\_\_\_\_

Si oui, le suivi de votre enfant est-il terminé?  Oui  Non

Y a-t-il d'autres informations sur votre enfant que vous jugez important de fournir?

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_